

登记表



Our Community. Your Health.

MR#:

*请打印所有信息

患者信息

姓: 名: 中间名首字母:

社会安全号码: 出生日期:

性别:

- 男
- 女
- 跨性别男性 / 女性变男性
- 跨性别女性 / 男性变女性
- 其他
- 选择不透露

性取向:

- 女同性恋或男同性恋
- 非同性恋 (非女或男同性恋)
- 双性恋
- 其他情况
- 不知道
- 选择不透露

家庭地址: 城市: 邮政编码:

家庭电话: 手机: 工作电话:

电子邮件地址: 首选联系方式 (如家庭电话、手机、工作电话或电子邮件):

是否需要口译员/是否存在语言障碍: 是 否 如果是, 需要哪一种语言?

患者是否为未成年人 (< 18): 是 否

婚姻状况: 母亲的娘家姓:

紧急联系人

名: 常用电话:

与患者的关系: 地址:

族群

- 阿富汗人
- 非洲人
- 美国人
- 亚洲人
- 东印度人
- 欧洲人
- 菲律宾人
- 夏威夷原住民
- 西班牙裔/拉丁裔
- 印度支那人
- 中东人
- 美洲印地安人
- 巴基斯坦人
- 太平洋岛民
- 未报告
- 其他/请在下方填入:

种族

- 亚洲人
- 夏威夷原住民
- 其他太平洋岛民
- 非洲裔美国人/黑人
- 美洲印第安人/阿拉斯加原住民
- 白人
- 不止一个种族
- 未报告/拒绝报告种族

登记表

您是怎么知道我们的？

- A Better Way
- 广告（巴士、购物中心、电影）
- 传单/明信片/海报
- 健康展览会
- 报纸/电视
- 其他未知
- 外联活动
- Tri-City 健康中心工作人员的演讲
- 广播电台
- 其他机构的推荐
- 无家可归社区街頭醫療 Street Medicine
- 青少年診所的名片
- 网络搜索
- 网站/在线
- 口碑
- 黄页

就业情况

雇主:

雇主地址:

雇主电话:

职业:

月收入

患者是否为户主: 是 否

户主姓名:

月收入: \$

家庭人口数:

户主出生日期:

无家可归状态:

- 与人合住
- 并非无家可归
- 收容所
- 流落街头
- 过渡中
- 未知/未报告

是否为公共住房的居民? 是 否

是否为移民工? 是 否

是否为退伍军人: 是 否

通过本授权书，您将同意向 Tri-City 健康中心（TCHC）以外的个人或组织披露您的个人信息，其中可能包含健康信息。您的隐私受到州和联邦隐私法的保护。为此，我们需要您的明确许可才能披露所要求披露的信息。请填写此表格的每个部分。

患者姓名：_____ 出生日期：_____

地址：_____

城市：_____ 州：_____ 邮政编码：_____

电话：(____) _____ 电子邮箱：_____

我向以下人员授予病历获取权。请勾选所有适用选项。

配偶/伴侣：_____

子女：_____

代表人：_____

其他：_____与患者的关系：_____

我允许我的医疗服务提供者：

分享检测结果

分享我的健康状况

讨论或发送有关预约就诊的消息

我知道，为了确保隐私受到保护，对于可以获取我的病历和信息的个人，Tri-City 健康中心将核实其身份。

我知道，信息向上述任何人披露后将不再受州或联邦法律的保护，并且可能会被上述人员披露。

我知道，我有权随时撤销此授权。我有权以书面形式撤销此项同意。

签名：_____ 日期：_____

成人健康史问卷

就诊原因: 请按照重要性顺序列出	用药情况: 请列出所有的药物、草药、维生素、营养补充剂	过敏情况: 请列出对药物和/或食物的所有过敏情况
----------------------------	---------------------------------------	------------------------------------

既往病史:

您是否患有或曾经患有以下任何一种疾病？请勾选（✓）“是”或“否”；请不要用删除线。请完成左右两栏。

	否	是	备注		否	是	备注
高血压				肾脏/尿液问题			
高胆固醇				中风			
糖尿病				癌症			请注明:
心脏问题 胸痛				前列腺问题			
甲状腺问题				关节炎/关节问题			
肺部问题/哮喘				背部问题			
乳房问题				严重外伤			
眼睛/视觉问题			△矫正镜片	严重头痛			
耳部/听力问题				惊厥/癫痫			
季节性过敏				焦虑/紧张			
胃部问题/溃疡				血块（腿部/肺部）			
肝炎/肝脏问题				皮肤问题			
肠道/结肠息肉				抑郁			
痔疮				其他问题（请列出）			
贫血/血液问题				手术			
输血							

手术和住院情况:

年	疾病/外伤/手术	医院

仅对女性

生殖史

<p>月经初潮年龄? 上一次正常月经的首日为 (LNMP): 月经周期长度? _____ 月经持续天数? _____ 月经情况: <input type="checkbox"/> 规律 <input type="checkbox"/> 不规律 1 小时内使用的卫生巾/卫生棉的最大数量? _____ 经期绞痛: <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 轻度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度 上次巴氏涂片日期: _____ 是否正常? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 巴氏涂片是否有异常? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 上次乳房 X 线摄影日期: _____ 是否正常? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 您的母亲在怀有您期间是否接受过 DEC (激素)? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 未知</p>	<p>是否有怀孕史? <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 怀孕次数: _____ a) 活产儿数目: _____ d) 死产儿数目: _____ b) 足月儿数目: _____ e) 流产/脱胎数目: _____ c) 早产儿数目: _____ f) 异位/输卵管妊娠数目: _____</p> <p>上次分娩日期: _____ 是否存在问题? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 存活子女的数目? _____ 目前是否在哺乳吗? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否</p>
--	---

症状

您目前是否有以下任何症状? 请完成左右两栏。
 请勾选 (✓) “是”或“否”; 请不要用删除线。请完成左右两栏。

	否 (-)	是 (✓)	备注		否 (-)	是 (✓)	备注
心跳异常				与性有关的问题/疼痛			
胸部疼痛				睡眠困难			
夜间盗汗				做事无兴致/提不起兴趣			
呼吸困难				感觉沉闷、郁闷、无望			
频繁咳嗽				经常感到情绪不稳、易怒			
消化不良				不堪重负			
便秘 / 腹泻				您受到过伤害或虐待吗? <input type="checkbox"/> 从未 <input type="checkbox"/> 最近 <input type="checkbox"/> 曾有 如果是, 属于哪一种情况? <input type="checkbox"/> 躯体 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 性 <input type="checkbox"/> 口头 您目前在家里感到安全吗? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 有时 您是否曾被安置在女孩/男孩寄养所、寄养家庭、教养院 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 是否有家庭暴力史? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 您是否被判定有性侵犯? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
排尿困难							
大便带血 / 直肠出血							
异常体重增加/减低							
头晕 / 晕眩 / 晕厥腹痛							
女性潮热							

家族史:

您的家人/血亲是否有以下任何一种情况? 请完成左右两栏。

	否 (-)	是 (✓)	备注		否 (-)	是 (✓)	备注
高血压				胃肠道问题			
糖尿病或高糖				肝炎/肝脏问题			
心脏问题				酒精 / 药物问题			
中风				精神病/情绪问题			
癌症				遗传性疾病			
结核或肺部问题				地中海贫血或镰状细胞			
肾脏或尿液问题				家族中的其他问题?			

生活习惯

对于日常活动，您是否需要帮助？ 否 是 如果是，请勾选以下需求：
 做饭 购物 穿衣 起床 入厕 从椅子上起来 服药

你 **现在使用** 或者 **曾经使用** 过以下物质：

烟草 是 否 类型？ _____ 多少包/天： _____ 多少年 _____ 开始年龄： _____ 年

酒精使用： 开始年龄： _____ 年。 是否曾寻求酗酒治疗： 是 否

是否参与了康复计划，即 12 步计划？ 是 否 酗酒家族史： 是 否

吸毒/药物滥用

是否吸毒？ 是 否 曾经 药物类型？ _____ 频率 _____

药物类型？ _____ 频率 _____

药物类型？ _____ 频率 _____

是否因药物滥用寻求治疗： 是 否

是否参与了康复计划，即 12 步计划？ 是 否

是否药物滥用家族史： 是 否

性史

从未有性经验 处女/童男（没有过性交） 目前没有性活动

性活动对象为（选中所有适用的）： 男性 女性 两性

当前性伴侣数目： _____ 一生的性伴侣数目： _____

最近一次性关系是在 _____ 日/月/年前

性行为时是否采用安全措施： 是 否 有时 最近一次未受保护的性行为发生于： _____ 周/月/年前

您的性伴侣是否有其他性伴侣？ 否 是 我不知道/也许

您的性伴侣中是否有人与以下人士发生性关系？ 静脉吸毒者 妓女/付费性服务提供者 同性之人

您或您的性伴侣是否患有与性有关的感染？ 否 是（如果是，请注明）：

性病传播感染历史： 衣原体 淋病 生殖器疣 疱疹 其他（请注明）：

生育控制方法

目前，避孕对您来说有多重要？ 非常重要 有点重要 一点也不重要

您和/或您的伴侣在未来两年内是否会怀孕？ 是 否 可能

您希望获得关于健康怀孕计划的信息吗？ 是 否

您目前使用什么方法避孕？ 无避孕 避孕套 避孕药 避孕注射剂 宫内节育器 输卵管结扎 其他：

这些避孕方法是否曾给您带来麻烦？ 否 是，请说明：

您以前用过什么避孕方法？（请选择所有适用项目）

男士请回答第一行，女士请回答所有适用问题。

无避孕 禁欲 安全期避孕法 体外射精法 避孕套 输卵管结扎

避孕药 避孕贴 醋酸醋酸甲羟孕酮避孕针（Depo）

Norplant 皮下埋植避孕剂 避孕隔膜 宫内节育器

输卵管结扎 避孕泡沫/阴道插入物 其他（请注明：） _____

锻炼

您是否经常锻炼吗？ 否 是 如果是，什么类型？ _____ 每次锻炼持续多少分钟？ _____

饮食

您是否有或曾经有过饮食失调或特殊饮食问题吗？ 否 是, 请说明

目前的膳食摄入情况:	高	中	低	备注:
脂肪	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
纤维素 (水果/蔬菜)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
咖啡因	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
盐	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
糖	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
水 / 液体	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

免疫和测试

您在 *儿童或成人期* 曾接受过哪些疫苗接种？ (请勾选)

- 破伤风、减毒白喉混合疫苗 / 破伤风 脊髓灰质炎 麻腮风三联疫苗 风疹 肺炎球菌
 流感 甲型肝炎 乙型肝炎 水痘
 如果您的儿童期疫苗接种是在美国进行的，请勾选此处
 如果您从未接种过任何疫苗，请勾选此处

最近一次 TB 皮肤测试情况？ _____

您的 TB 皮肤测试结果是否出现过阳性？ 否 是 如果是，胸部 X 射线结果： 正常 异常

您是否接受过结核治疗？ 否 是

如果是，请回答以下问题：

治疗日期： _____ 药物名称： _____ 治疗时长： _____ 个月



标签

一般医疗服务同意书

本人，_____，同意在 Tri-City 健康中心接受由医师、护士、医师助理或诊所的其他医疗服务提供者认为必要的各种诊断操作或医疗处理，其中包括免疫接种。

本人授权将本人的保险赔付金直接支付给 Tri-City 健康中心。本人明白任何不在保险赔付范围内的服务费用将由本人承担。

本人还授权披露任何索赔处理过程所需的信息。

患者名称（工整字体）

日期

签名

如果您是患者的父母或法定监护人

I acknowledge that I have received a copy of Tri-City Health Center's Notice of Privacy Practices.

Reconozco que recibi una copia del Aviso sobre las Practicas de Privacidad del Centro Medico Tri-City Health Center.

我承认我已收到三城健康中心隐私条例通知书。

ਮੈਂ ਇਹ ਸਵੀਕਾਰ ਕਰਦਾ / ਕਰਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਮੈਨੂੰ ਟ੍ਰਾਈ-ਸਿਟੀ ਹੈਲਥ ਸੈਂਟਰ ਦੀ ਨਿਜਤਾ ਪ੍ਰੈਕਟਿਸਾਂ ਦੇ ਨੋਟਿਸ ਦੀ ਇੱਕ ਕਾਪੀ ਮਿਲੀ ਹੈ।

मैं स्वीकार करता हूँ कि मुझे त्रि-सिटी हेल्थ सेंटर की निजता प्रथाओं के नोटिस की एक कॉपी प्राप्त हुई है।

Tôi thừa nhận rằng tôi đã nhận được một bản sao của Thông báo về Thực tiễn Bảo mật Cá nhân của Tri-City Health Center.

حریم خصوصی مراکز بهداشتی سے شہرہ دریافت من اذعان می کنم کہ من یک کپی از اعلامیہ های کردہ ام۔

Signature

Date

Print Name

Relationship to patient

Comments:

生效日期：2003年4月14日

TRI-CITY 健康中心 隐私做法告示

本告示说明我们可以如何使用和披露您的医疗信息，以及您如何访问此等信息。请仔细阅读本告示。

本告示概述我们的健康信息隐私做法以及您所享有的、与您健康信息相关的权利。除非本告示中有明确的相反说明，本告示无意排除或限制法律所允许的、对健康信息的使用和披露，亦无意在法律规定的、我们必须赋予您的权利以外赋予您任何权利。

如您对本告示有任何疑问，请拨打 510.770.8133 转 290 联系隐私官。

本告示的约束对象：

本告示说明本健康中心及以下主体的做法：

- 本健康中心的所有雇员、工作人员以及其他人员
- 本健康中心的所有部门和单位
- 在我们设施内向您提供服务的所有独立医疗保健专业人士
- 经我们允许、于您在本健康中心期间、向您提供帮助的所有志愿团体成员

所有上述个人、场所和地点均遵守本告示的条款。此外，上述个人、场所和地点可以相互分享医疗信息，以实现本告示所述治疗、付款或本健康中心运营等目的。

我们的医疗信息保证：

我们理解，与您和您的健康相关的医疗信息属隐私。我们承诺保护您的医疗信息。我们对您在本健康中心接受的护理和服务进行记录。我们需使用此等记录，以向您提供优质的护理服务并遵守法律规定。本告示适用于由本健康中心所保管的、您的所有护理记录，无论此等记录系由本健康中心人员还是您的私人医生制作的。

本告示阐述我们可以如何使用和披露您的医疗信息。我们还将就医疗信息的使用和披露说明您所享有的权利以及我们所需承担的某些义务。

我们须按照法律规定：

- 确保对能够识别您的医疗信息进行保密；

- 就我们与您的医疗信息相关的法律义务和隐私做法向您发出本告示；以及
- 遵守本告示当前有效的条款。

我们可以如何使用和披露您的医疗信息：

以下说明我们使用和披露医疗信息的各类不同方式。我们将就每类使用或披露方式进行解释，并尽量举例说明。但我们并未穷尽列举每一类下的所有使用或披露方式。

用于治疗：我们会使用您的医疗信息以为您提供医疗或服务。我们会向医生、护士、技师、医学院学生或其他在本健康中心护理您的本健康中心人员披露您的医疗信息。例如，治疗您腿部伤情的医生可能需要知道您是否患有糖尿病，因为糖尿病会延缓愈合。此外，本健康中心的不同部门也可以相互分享您的信息，以协调您所需要的各种服务，例如开药、化验和 X 光。此外，在您离开本健康中心后，我们还可以向参与您的医疗的、非本健康中心的人员披露您的医疗信息，其中包括您的家庭成员、社会服务机构、健康护理机构以及我们所使用的、为您提供部分护理服务的供应商。

用于付款：我们会使用和披露您的医疗信息，以向您或其他渠道（例如，保险公司或对您负有财务责任的亲属）开具账单并收取款项。例如，我们可能需要向您的健康计划提供与您在本健康中心所接受的医疗服务相关的信息，以便您的健康计划就此等医疗服务向我们付款或向您报销。此外，我们可以将您即将接受的治疗告知您的健康计划，以便获取其事先同意或者确定您的计划是否涵盖此等治疗。

用于本健康中心运营：我们可以使用和披露您的医疗信息，以开展本健康中心运营，以及在少数情形下，便于此等信息接收方开展此等运营。此等使用和披露系运营本健康中心以及确保我们的所有病人获得优质护理服务所必需。例如，我们可以将医疗信息用于审查我们的治疗和服务，以及评估我们的员工在向您提供护理方面的表现。此外，我们可以将本健康中心大量病人的医疗信息加总，以确定本健康中心需增加哪些服务，哪些服务不被需要以及某些新疗法是否有效。我们也可以向医生、护士、技师、医学院学生和本健康中心其他人员披露信息，供其审查和学习。

护理质量改善活动：我们可以使用和披露您的医疗信息，以审查我们所提供的护理质量。例如，本健康中心与社区健康中心网络 (Community Health Center Network) 合作，后者是一家本地集团，曾审查我们所在地区内向病人提供的糖尿病护理质量。

预约提醒：我们可以使用和披露医疗信息与您联系，以提醒您已预约本健康中心的治疗或医疗护理服务。

治疗方案选项：我们可以使用和披露医疗信息，以告知您我们所推荐的、关系到您切身利益的治疗选项或替代性治疗方案。

与健康相关的福利和服务：我们可以使用和披露医疗信息，以告知您我们所提供的、可能关系到您切身利益的与健康相关的福利和服务。

筹款活动：我们可以使用和披露您的医疗信息与您联系，以便为本健康中心及其运营筹款。我们可以向与本健康中心有关联的基金会披露医疗信息，以便此等基金会与您联系并为本健康中心筹款。我们将仅披露姓名、地址和电话号码等联系信息。如您不愿本健康中心为筹款而联系您，您须书面告知隐私官。

支付您的护理费用：此外，我们可以向帮助您支付护理费用的人员提供信息。

承包商：我们可以向协助我们运营的承包商提供您的健康信息。我们的承包商会书面确认，同意对我们向其提供的健康信息进行保密，确保此等信息的安全，并且不会将此等信息用于向我们提供协助以外的其他用途。

研究：在某些情况下，我们可以使用和披露您的医疗信息以开展研究。例如，研究项目可能将服用某种药物的所有病人的健康和康复状况与服用其他药物、症状相同的病人的健康和康复状况进行比较。研究信息将尽可能不包括能够识别您的信息。能够识别您的研究项目将受制于一项特别批准程序。该程序会对提议研究项目及其对医疗信息的使用进行评估，以尽量平衡研究需要和病人的医疗信息隐私需求。在为研究目的披露医疗信息前，我们会确保项目已通过此等研究批准程序获得批准。

按照法律规定：我们将按照联邦、州或地方法律的规定披露您的医疗信息。

用于公共卫生活动：如为法律所要求或允许，我们会因公共卫生之目的披露您的健康信息。以下举例说明法律强制或允许我们进行报告的情形：

- 为了预防或控制疾病、伤情或残疾；
- 为了报告出生和死亡情况；
- 为了报告儿童、老年人和丧失独立生活能力的成年人被虐待或忽视的情况；
- 为了报告药物反应或产品问题；
- 为了告知人们其正在使用的产品的召回情况；
- 向公共卫生登记机关（例如，乳腺癌登记局）进行报告；
- 告知某人其已罹患某种疾病或者可能会感染或传播某种疾病或病症；以及
- 告知相关机构我们认为某病人被虐待、忽视或遭受家暴。

为了防止对健康或人身安全的严重威胁：我们可以使用和披露您的必要的医疗信息，以防止对您、公众或他人的健康或人身安全的严重威胁。但我们将仅向能够协助防止此等威胁的人员进行披露。

特殊情形

除上述做法外，还有其他法律要求或允许我们披露我们病人健康信息的情形。这包括以下情形：

灾害：我们可以向协助救灾的机构披露您的医疗信息，以便将您的情况、状态和位置告知您的家人。

器官和组织捐献：如您是器官捐献者或潜在捐献者，我们可以向负责器官获取或器官、眼睛或组织移植的机构或器官捐献银行披露必要的医疗信息，以为器官或组织捐献和移植提供协助。

军人和退伍军人：如您是武装部队成员或退伍军人，我们可以按照军事管理机关的要求、或者为协助确定您是否具备退伍军人津贴领取资格之目的披露医疗信息。此外，我们可以向相关的外国军事机关披露外国军人的医疗信息。

工伤赔偿：我们可以为工伤赔偿或类似项目披露医疗信息。此等项目提供工伤或职业病赔偿。

卫生监管活动：我们可以向卫生监管机关披露信息，以便其开展法律授权的监管活动。此等监管活动包括 Medi-Cal 审核、Medicare 索赔调查、检查和颁发许可证等。我们可以在遵守民事权利法律的前提下，向此等政府项目披露信息。

诉讼与纠纷：如您涉入诉讼或纠纷，我们可以按照法庭令状或行政命令披露您的医疗信息。此外，我们可以根据传票、证据披露请求或者涉入纠纷的其他人所提起的其他法律程序披露医疗信息，但前提是我们已尽力告知您此等请求（包括向您发出书面告知）。

执法：我们可以根据执法官员的要求披露医疗信息：

- 以执行法庭令状、传票、搜查令、传唤或类似程序；
- 以识别或找出嫌疑人、难民、重要证人或失踪人口；
- 如事关犯罪受害人（若在某些特定情形下，我们无法获得此等受害人的同意）；
- 如事关我们认为可能是犯罪行为导致的死亡；
- 如事关本健康中心内发生的犯罪行为；以及
- 以便在紧急情况下报告犯罪、犯罪发生的地点或受害人所在地点、或者犯罪人的身份、描述或其所在位置。

法医、验尸官和殡葬师：我们可以向法医或验尸官披露医疗信息。这可能是识别死者或确定死因等所必需。此外，我们可以向殡葬师提供本健康中心病人的必要医疗信息，以便其履行职责。

国家安全和情报活动：我们可以向经授权的联邦官员披露您的医疗信息，以便其根据法律授权从事情报、反间谍和其他国家安全活动。此外，我们可以向经授权的联邦官员披露您的医疗信息，以便其保护总统、其他授权人员或外国首脑，或者进行特殊调查。

被收容者：如您是矫正机构的被收容者或者您正被执法官员羁押，我们可以向此等矫正机构或执法官员披露您的医疗信息。此等披露将是实现以下目的所必需：**(1)** 以便此等机构向您提供健康护理服务；**(2)** 保护您或他人的健康和安全性；或者**(3)** 确保此等矫正机构的安全与安保。

去识别化信息：我们可以将能够识别您的信息从您的健康信息中删除，这样他人可使用此等信息，且不会知悉您的身份。一旦您的健康信息被去识别化，我们就有权进行使用或披露。

限制：在某些情形下，您的健康信息可能会受到某些限制，而此等限制可能会限制或妨碍上述某些使用或披露。例如，政府健康福利计划若与项目目的无关，限制披露成员健康信息。此外，与艾滋病状态、精神健康治疗、发育性残疾以及滥用药物和酗酒治疗相关的健康信息的披露受到特殊限制。我们在使用您的健康信息时会遵守此等限制。

您对您的医疗信息所享有的权利

对于我们所保管的、您的医疗信息，您享有以下权利：

查阅和复印权：您有权查阅和复印可用于作出与您相关的护理决策的医疗信息。此等信息一般包括医疗记录和历史账单，但可能不包括某些精神健康信息。如您欲查阅和复印可用于作出关于您的护理决策的医疗信息，您须向医疗记录部门提交书面申请。如您要求提供信息副本，我们会就复印、邮寄或与您的请求相关的其他供应成本向您收费。

在少数特定情况下，我们会拒绝您的查阅和复印申请。如您的医疗信息查阅请求被拒绝，您可要求就此等拒绝进行复核。本健康中心将另行指定一名拥有执照的电子健康 (eHealth) 护理专家对您的请求和此等拒绝进行复核。进行复核的人员不会是拒绝您请求的人员。我们将执行复核结果。

修改权：如您认为我们所持有的、您的医疗信息不准确或不完整，您有权要求我们修改此等信息。在本健康中心自行或委托他人保管此等信息期间，您均有权要求进行修改。

如您欲请求修改，您须提出书面请求，并提交给医疗记录部门。此外，您须说明支持您请求的理由。

如您的请求未以书面形式提出或未说明您请求的支持理由，我们会拒绝您的修改请求。此外，如您要求我们修改以下信息，我们会拒绝您的请求：

- 并非由我们创建的信息（除非无法找到创建此等信息的人员或实体以完成修改）；

- 不属于本健康中心自行或委托他人保管的医疗信息；
- 不属于您有权查阅和复印的信息；或者
- 准确且完整的信息。

披露记录请求权：您有权要求我们提供“披露记录”。披露记录是我们披露您的医疗信息的记录清单，但不包括您自己将其用于治疗、付款和健康护理运营的情形，以及我们经您授权披露您的医疗信息的情形。

如您欲要求我们提供披露记录清单，您须向医疗记录部门提交书面请求。您的请求须载明期限，此等期限不得长于六年，且不得包括2003年4月14日之前的日期。您首次请求我们提供的、期限不超过12个月的清单免费。对于其他清单，我们会就提供此等清单的成本向您收费。我们会告知您所涉成本，您可以在成本产生前选择撤销或修改您的请求。

请求限制权：您有权要求限制或限定我们为治疗、付款或本健康中心运营之目的而使用或披露的、您的医疗信息。此外，您有权要求限制我们向参与您的护理或为您支付护理费用的人员（例如亲属或朋友）披露您的医疗信息。例如，您可要求我们不得使用或披露与您所接受的检验相关信息。

我们并非必须同意您的请求。如果我们同意，我们会遵守您的请求，除非此等信息系向您提供紧急治疗所必需。

如果您请求施加限制，您须向隐私官提交书面请求。您须在请求中告知我们：**(1)** 您欲施加限制的信息是哪些；**(2)** 您欲限制的是我们的使用、披露还是两者同时限制；以及**(3)** 您欲施加限制的披露对象（例如，向您的配偶披露）。

沟通保密请求权：您有权请求我们以特定方式或在特定地点就医疗事项与您进行沟通。例如，您可要求我们仅于工作时间或通过邮件与您联系。

如欲请求沟通保密，您须于注册时提交书面请求。我们不会询问您提出请求的理由。我们将满足所有合理的请求。您的请求须注明您所希望的联系方式或联系地点。

本告示纸质版副本获取权：您有权要求获取本告示的纸质版副本。您有权随时要求我们提供本告示的副本。即使您已同意接收本告示的电子版，您仍有权要求获取本告示的纸质版副本。

本告示的修订：我们保留修订本告示的权利。我们保留权利，可将经修订或修改的告示适用于我们原本持有的您的医疗信息以及我们未来所接收的任何信息。我们会在本健康中心张贴当前有效的告示的副本。此等告示将在首页右上角处注明生效日期。

投诉：如您认为您的隐私权受到侵犯，您可向本健康中心或卫生与公众服务部 (Department of Health and Human Services) 部长投诉。如欲向本健康中心投诉，请拨打 **510-770-5133 转 290** 联系隐私官。所有投诉须以书面形式提交。

我们不会因投诉而对您进行打击报复。

对于本告示未列明的、或适用法律未另行允许的医疗信息使用和披露，我们仅会在取得您的书面授权后作出此等使用和披露。如您授权我们使用或披露您的医疗信息，您可随时以书面形式撤销此等授权。如您撤销授权，我们将不会继续基于您的书面授权中所载明的原因使用或披露您的医疗信息。您理解，我们无法撤回我们已经作出的、经您授权的披露；并且，我们必须保留我们向您提供的护理服务记录。

医疗保健预先指示 (AHCD) ?

AHCD 是一种让医疗保健服务提供者在您无法自行表达意见或希望让他人代表您表达意见的情况下知晓您的医疗保健意愿的途径。AHCD 可以具有以下两项功能中的一项或两项:

- 医疗保健委托书 (用于指定代理人)
- 医疗保健指示 (用于表明您的意愿)

AHCD 与“医疗保健永久授权书 (DPAHC)”有何不同?

AHCD 于 2000 年 7 月通过立法, 取代了 DPAHC 和“自然死亡法案声明”。但是, 如果您已经完成了 2000 年 7 月 1 日之前有效的这两种表格中的一种, 那么相关表格现在仍然有效。预先指示表格中唯一没有改变的是“住院前不做心肺复苏”表格。

“住院前不做心肺复苏表?” 从来没有听说过!

该特定表格允许人们表明, 如果他们在院外发生意外情况, 他们不希望在院外开始接受心肺复苏术。通常情况下, 急救医务人员按要求需对所有人开始心肺复苏术; 如果人们通过这份表格放弃心肺复苏, 则他们可以不必接受心肺复苏术。这是唯一一份必须由医生提前签署的表格。

我以前从未填写过“医疗保健预先指示”。我为什么要完成这份表格?

所有年龄段的人都可能会发生意外情况 (例如事故或严重疾病), 导致无法自行表达意见。在这些情况下, “医疗保健预先指示”可确保让您的医生知道您希望获得的医疗保健是什么样的和/或谁可以代表您做出决定。

这是否意味着只有一个人可以为我做出决定? 如果我希望让其他人参与呢?

决策过程通常由多个家庭成员参与, 大多数情况下这种方式都很有效。但偶尔也会出现人们对最佳行动措施持有不同意见的情况, 所以通常最好只命名一名代理人 (如果需要, 可以指定候补代理人)。如果您不想让某人代表您做出决定, 您也可以指出来。

我原以为这些生死决定是由医生做出的, 难道不是这样吗?

事实上, 医生会向您告知您的医疗状况、可用的不同治疗方案以及每种治疗方案可能会发生的情况。尽管医生提供指导, 但接受治疗、拒绝治疗或停止治疗的决策是由您做出的。

如果我发生了意外情况, 但没有完成任何表格, 该怎么办?

如果您无法为自己说话, 医生和医疗保健团队将与一个或多个家庭成员或朋友交涉。最合适的决策者是与您关系密切且关心您的人, 此人对您的价值观和信念有足够的了解, 愿意并能够做出所需的决定。

我的“价值观和信念?” 但是我没有和任何人谈论过这些!

您最好与家人或亲密朋友沟通一下, 谈一谈在生活质量方面哪些事情对您来说是重要的, 以及您希望怎样度过最后的几天与几周。了解哪些事情对您很重要将有助于您的亲人做出最佳的决定。